

## INSTRUCTIONS POUR LE DEMANDEUR :

Utilisez ce formulaire pour déposer une demande de prestations de congé prénatal. Ce formulaire sert à vérifier votre grossesse et votre admissibilité à des prestations. Vous devez remplir la partie 1 du formulaire. Votre médecin ou professionnel de santé agréé doit remplir la partie 2.

**REMARQUE IMPORTANTE :** Le congé prénatal rémunéré vous permet de recevoir des soins médicaux liés à votre grossesse. La loi sur les congés familiaux rémunérés n'autorise pas de congé prénatal rémunéré pour d'autres motifs, par exemple rester chez soi ou être soumis à des restrictions de travail avant la date d'accouchement prévue. Si votre médecin dit que vous devez éviter de travailler pendant une longue période en raison de votre grossesse, il doit préciser que vous devez rester « alitée » pendant cette période.

Vous devez scanner et télécharger ce formulaire sur le portail en ligne des prestations de congés familiaux rémunérés à l'adresse **does.pflbas.dc.gov**. Ce formulaire ne constitue pas une demande de prestations. Vous devez remplir une demande sur **does.pflbas.dc.gov** pour savoir si vous êtes admissible à des prestations.

### PARTIE 1 (à remplir par le demandeur)

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / _____	N° de téléphone	

### PARTIE 2 : (à remplir par le professionnel de santé agréé)

#### INSTRUCTIONS POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

Votre patient(e) demande des prestations de Congés familiaux rémunérés au District of Columbia. L'objectif de ce formulaire est de déterminer l'admissibilité de votre patiente à des prestations en vérifiant son diagnostic de grossesse. Veuillez remplir les sections A à D.

A. INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ				
<i>Tous les champs sont obligatoires, sauf indication contraire</i>				
Prénom du professionnel		Nom du professionnel		
Adresse postale	Rue	Code postal	Ville	État
Numéro de téléphone		Adresse e-mail		
Type de cabinet / spécialisation médicale				
Numéro d'agrément d'État		Numéro d'identification nationale de prestataire (facultatif)		
B. INFORMATIONS SUR LA GROSSESSE DE VOTRE PATIENTE				
À quelle date avez-vous confirmé par examen la grossesse de votre patiente ?  _____ (JJ/MM/AAAA)				
À quelle date avez-vous prescrit un premier traitement pour la grossesse de votre patiente, le cas échéant ?  _____ (JJ/MM/AAAA)				
Quelle est la date d'accouchement prévue de votre patiente ?  _____ (JJ/MM/AAAA)				

### C. DURÉE DE CONGÉ NÉCESSAIRE

Cochez la case correspondant à chacune des déclarations applicables aux soins médicaux prénataux de votre patiente.

- Rendez-vous de bilan prénatal** : Votre patiente a été vue, ou sera vue, à la ou aux dates suivantes dans le cadre de rendez-vous de contrôle de grossesse :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

- Rendez-vous auprès de spécialistes** : Votre patiente a eu ou aura besoin d'examen ou de traitements de routine ou spécialisés en lien avec sa grossesse à la ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

- Rendez-vous diagnostiques** : Votre patiente a assisté à un ou plusieurs rendez-vous diagnostiques afin de fournir des informations médicales sur l'état de santé ou le bien-être de l'embryon ou fœtus (par ex., amniocentèse, échographie ou analyses de sang) à la ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

- Traitement des complications liées à la grossesse** : Votre patiente présente des complications liées à la grossesse qui ont nécessité ou nécessiteront un traitement à la ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

- Traitement d'une grossesse à haut risque** : La grossesse de votre patiente est considérée comme étant « à haut risque » et a nécessité ou nécessitera un traitement ou une évaluation spécialisée à la ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

- Alitement** (cette case doit être cochée en cas de demande de congé à long terme) : Votre patiente est médicalement tenue de rester alitée pendant la période suivante : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) à \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa).

- Kinésithérapie** : Votre patiente a eu ou aura eu besoin de soins de kinésithérapie pour traiter les symptômes de la grossesse ou pour soulager les désagréments physiques associés à la ou aux dates suivantes :

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**Aucune des réponses ci-dessus.** Aucun des énoncés ci-dessus ne décrit la grossesse de votre patiente.

### D. ATTESTATION

Veillez fournir toute information supplémentaire concernant l'état de votre patiente ou la nécessité d'un congé.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- J'atteste être un professionnel de santé agréé qui traite cette patiente, et que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_